

DIFFÉRENCE DE PERCEPTION ENTRE LA MÈRE ET L'ENFANT QUANT AUX SYMPTÔMES PRÉSENTS DANS LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Maude Payer et Julie B. Leclerc

Université du Québec à Montréal

La présente étude vise à identifier la différence de perception des symptômes intériorisés et extériorisés, entre les mères et les enfants qui présentent un syndrome de Gilles de la Tourette, afin d'obtenir un portrait plus juste de la situation lors de l'évaluation clinique. Les résultats montrent que les mères évaluent plus sévèrement que l'enfant les symptômes intériorisés et extériorisés et que les tics sont perçus à la même intensité par la mère et par l'enfant. Les résultats encouragent une mise en commun de la perception de la mère à celle de l'enfant lors de l'évaluation clinique, puisqu'une différence s'observe.

Mots clés: Tourette, perception, intériorisé, extériorisé, mère, enfant

See end of text for English abstract.

Correspondance : Maude payer, Centre de recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc, Canada H1N 3V2.
payer.maude@courrier.uqam.ca.

© 2019. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

La pratique courante en psychologie propose la passation de questionnaires par le clinicien aux parents, ainsi qu'aux enfants lors du processus d'évaluation psychologique chez un enfant (Vallerand, 1989). Cette pratique permet de mieux cerner les perceptions et les besoins de chacun. Cependant, les études montrent qu'il y a une différence de perception des symptômes intériorisés et extériorisés entre la mère et l'enfant et que celle-ci diffère selon le type de symptômes observés. La

différence de perception des symptômes entre la mère et l'enfant a été observée pour diverses psychopathologies à l'enfance, telles que le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et les troubles intériorisés de type dépressifs ou anxieux (Galloway et Newman, 2017 ; Thaulow et Jozefiak, 2012 ; Theule, Wiener, Tannock et Jenkins, 2013). Peu d'études ont examiné la différence de perception des symptômes entre les mères et les enfants qui présentent un syndrome de Gilles de la Tourette (SGT). Pourtant, le SGT est un trouble tic qui se complexifie par une forte prévalence de troubles concomitants (Cavanna, Servo, Monaco et Robertson, 2009) et les enfants qui en sont atteints présentent à la fois des symptômes intériorisés et extériorisés pouvant altérer le fonctionnement de l'enfant et de la famille (Cavanna et Rickards, 2013). Il s'avère donc important d'observer la différence de perception des symptômes entre la mère et l'enfant qui présente un SGT puisque l'intervention qui s'en suit pourrait être améliorée en précisant les attentes de chacun à la suite de l'évaluation, tout en soulignant l'écart entre la perception des manifestations.

LA PERCEPTION

En psychologie sociale, deux types de soi se différencient chez une personne : le soi privé et le soi public (Andersen, Glassman et Gold, 1998). La notion du soi privé fait référence aux processus internes, c'est-à-dire non observables par les autres (p. ex., penser). Le concept du soi public englobe les comportements sociaux et observables qu'une personne émet (p. ex., sourire).

Le *self-other knowledge asymmetry* (SOKA ; Vazire, 2010) est un modèle qui vise à expliquer et à prédire les asymétries présentes entre la perception de soi et la perception des autres face à soi. Le modèle propose que les autres sont généralement plus aptes que soi-même

pour évaluer les comportements externes émit. Ceci peut s'expliquer par des perspectives visuelles et physiques différentes ; une tierce personne tend à remarquer davantage les comportements des autres, comparativement à ses propres comportements (Borkenau, Brecke, Möttig et Paelecke, 2009 ; Hall, Andrzejewski, Murphy, Mast et Feinstein, 2008 ; Malle et Knobe, 1997). Un individu ne peut, par exemple, observer ses propres expressions faciales, mais il peut observer celles des autres. En revanche, les autres seraient moins outillés à évaluer les comportements internes d'une personne ; ceux-ci représentent les pensées et émotions, il n'est pas possible d'y avoir accès à moins que ce soit explicitement exprimé. L'accès direct à nos propres pensées et à nos propres émotions permet donc une perception plus exacte de nos comportements internes et peut conséquemment primer sur la perception de nos comportements externes (Andersen et Ross, 1984 ; Vazire, 2010). Une étude ($n = 96$) réalisée par Melh (2006) montre que les proches sont moins habiles à détecter des troubles intériorisés (p. ex., la dépression), comparativement à soi-même. Les études concluent néanmoins que les perceptions de soi et de l'autre sont valides (Kolar, Funder et Colvin, 1996), l'accent est simplement mis sur des comportements différents (Andersen et coll., 1998 ; Fiedler, Oltmanns et Turkheimer, 2004 ; Spain, Eaton et Funder, 2000 ; Vazire et Mehl, 2008).

LA DIFFÉRENCE DE PERCEPTION ENTRE LE PARENT ET L'ENFANT

La méta-analyse d'Achenbach, McConaughy et Howell (1987) qui recense 119 études ($n = 269$), montre que dans la population générale, une faible corrélation ($r = 0,25$) s'observe quant aux perceptions des comportements entre les parents et leurs enfants. Les paragraphes suivants présentent les principaux facteurs issus de la littérature scientifique pouvant influencer cette différence de perception.

Âge de l'enfant. Les études rapportent une faible corrélation ($r = 0,10$) entre la perception des comportements par les parents et celle d'enfants âgées de moins de 11 ans, comparativement à un groupe âgé de 14 à 18 ans ($r = 0,35$; Berg-Nielsen, Vika et Dhal, 2003 ; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover et Kala, 1986 ; Jensen et coll., 1999). Afin d'expliquer ces différences de perceptions, certains auteurs évoquent que les enfants d'un plus jeune âge n'ont pas développé les habiletés cognitives nécessaires pour identifier, comprendre et décrire leurs émotions et leurs comportements (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas et Conover, 1985 ; Grills et Ollendick, 2003 ; Ollendick, Grills et King, 2001 ; Rapee, Barrett, Dadds et Evans, 1994). L'identification de comportements perturbateurs par l'enfant dépend à la fois de sa capacité d'introspection et de sa capacité à se mettre à la place de l'autre, sans mentionner qu'une part de subjectivité influence l'identification de comportements problématiques

(Ollendick et coll., 2001). En effet, l'enfant peut considérer que son comportement n'est pas problématique (Ollendick et coll., 2001). Les jeunes enfants peuvent également être influencés par le principe de désirabilité sociale, les incitant à minimiser l'évaluation de leurs symptômes (Pina, Silverman, Saavedra et Weems, 2001). Compte tenu des observations concernant l'âge de l'enfant, les auteurs affirment que le point de vue de l'enfant est néanmoins tout aussi valide que celui d'un évaluateur externe (p. ex., parent) lors de l'évaluation psychologique.

Santé mentale. Lorsque la perception des enfants sans diagnostic de santé mentale est comparée à celle de leurs parents, les études révèlent que les enfants ont tendance à rapporter plus de problématiques (p. ex., scolaires, humeur dépressive), alors que des effets inverses sont observés quand les enfants présentent un diagnostic de santé mentale (Berg-Nielsen et coll., 2003 ; Kolko et Kazdin, 1993 ; Rosenberg, 1994 ; Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz et Lehmkuhl, 2009 ; Sourander, Helstelä et Helenius, 1999 ; Van der Ende, Verhulst et Tiemeier, 2012). Les statistiques descriptives de l'étude menée par Thaulow et Jozefiak (2012) montre que les enfants sans diagnostic de santé mentale évaluent plus négativement leur qualité de vie que leurs parents ($M = 89,7$; $ET = 9,4$). Par ailleurs, les enfants qui présentent un TDAH évaluent plus positivement leur qualité de vie ($M = 73,6$; $ET = 14,9$) que leurs parents ($M = 62,5$; $ET = 13,8$). La méta-analyse de Galloway et Newman (2017) appuie ces observations, puisque 66 % des 153 études recensées montrent que les enfants qui présentent un diagnostic de santé mentale rapportent une meilleure évaluation de leurs qualités de vie que l'évaluation faite par leurs parents.

L'étude de Kolko et Kazdin (1993) souligne qu'un meilleur accord est observé lorsque l'enfant ne présente pas de diagnostic de santé mentale avec des corrélations modérées ($r = 0,31$), comparativement à de très faibles corrélations ($r = 0,12$) lorsque l'enfant présente un diagnostic de santé mentale. Ainsi, la présence d'un diagnostic de santé mentale chez l'enfant accentue les différences de perceptions qui sont observées entre le parent et l'enfant. De plus, la méta-analyse menée par De los Reyes (2011) montre un faible accord quant à la perception des symptômes intériorisés ($r = 0,26$) et un accord modéré ($r = 0,32$) pour les symptômes extériorisés, entre les observations du parent et de l'enfant avec un diagnostic de santé mentale.

Un trouble de santé mentale chez l'un des parents peut également moduler la perception de ce dernier face aux comportements de l'enfant. Des psychopathologies intériorisées chez le parent, telles que la dépression et l'anxiété, créeraient une perception plus négative du trouble de l'enfant (De Los Reyes, 2011 ; Ollendick et coll., 2001 ; Seiffge-Krenke et Kollmar, 1998).

Stress familial. Les parents d'enfants qui présentent un trouble de santé mentale vivent généralement davantage de stress que les parents d'enfants n'ayant pas de psychopathologie (Theule et coll., 2013). De manière générale, un plus grand nombre de responsabilités et d'incertitudes sont causées par le diagnostic de l'enfant ce qui influence indirectement le niveau de stress parental vécu (De Los Reyes, 2011). Or, un niveau de stress élevé peut engendrer une plus faible tolérance de la part du parent à l'égard des comportements de son enfant. Subséquemment, le parent peut exagérer certaines manifestations émises par l'enfant, influençant la perception des symptômes de l'enfant (Grills et Ollendick, 2003 ; Kolko et Kazdin, 1993). La sévérité des symptômes de l'enfant, surtout extériorisés, mène également à un plus haut niveau de stress chez le parent, engendrant ainsi un cercle vicieux (Morgan, Robinson et Aldridge, 2002 ; Thaulow et Jozefiak, 2012 ; Theule et coll., 2013).

Biais cognitifs. Un biais cognitif se caractérise comme une pensée irrationnelle. La positivité illusoire s'exprime lorsque les enfants surestiment leurs capacités, ainsi que les perceptions positives d'eux-mêmes, tout en minimisant leurs difficultés (Diener et Milich, 1997 ; Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina et Milich, 2000 ; Ohan et Johnston, 2002). Le déni consiste à nier la présence de certains symptômes ou certains comportements (Pina et coll., 2001 ; Salbach-Andrae et coll., 2009). Ces deux biais cognitifs sont les plus fréquemment observés chez les enfants et sont perçus comme une stratégie d'adaptation. Ils permettraient de faire face aux difficultés quotidiennes, tout en protégeant l'estime de soi (Diener et Milich, 1997 ; Greenwald, 1980 ; Hoza, Pelham, Dobbs, Owens et Pillow ; 2002 ; Vazire, 2010). Les biais cognitifs sont automatiques, involontaires, et ils accentueraient la différence de perception des comportements entre l'enfant et son parent (Hoza et coll., 2002 ; Hoza, et coll., 2000).

LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) se définit comme un trouble neurodéveloppemental de la catégorie des troubles moteurs (American Psychological Association [APA], 2013). Afin d'établir un diagnostic de SGT, l'individu doit présenter plus d'un tic moteur et au moins un tic sonore. Les tics doivent persister sur une période minimale d'un an et des fluctuations quant à l'intensité et la forme des tics peut s'observer durant cette période. Un tic se caractérise par des mouvements ou des vocalisations, considérées comme non volontaires et qui apparaissent de manière soudaine, rapide, récurrente et stéréotypée. Les tics doivent apparaître avant l'âge de 18 ans (APA, 2013), mais l'âge moyen du diagnostic de SGT se situe entre 5 et 7 ans (Cavanna et Rickards, 2013). La prévalence se situe de 3 à 8 sur 1000 pour les enfants d'âge scolaire et le SGT se manifeste de deux à quatre fois plus fréquemment chez les garçons que chez les filles (Robertson, Eapen et Cavanna, 2009).

Troubles concomitants. Un diagnostic unique de SGT ne représente que 8 % à 12 % des cas (Cavanna et coll., 2009). Les troubles concomitants les plus fréquents sont : le TDAH (60 % à 80 % ; Cath et coll., 2011 ; Cavanna et coll., 2009), le trouble obsessionnel compulsif (TOC ; 11 % à 80 %), la dépression (13 % à 76 % ; Cavanna et coll., 2009) et les troubles anxieux (10 % à 30 % ; Brand et coll., 2002).

Répercussions. Le SGT engendre des difficultés d'adaptation au niveau du fonctionnement social de l'enfant. En effet, les enfants ayant le SGT sont victimes d'intimidation et de rejet par les pairs (Cavanna et coll., 2013 ; Eapen et Črnčec, 2009 ; Malli, Forrester-Jones et Murphy, 2016). Les pairs perçoivent également les enfants qui présentent un SGT comme généralement moins populaires et plus agressifs que les autres camarades (Conelea et coll., 2011 ; Zinner, Conelea, Glew, Woods et Budman, 2012). Les difficultés sociales peuvent s'exacerber à la puberté, puisque cette période de croissance coïncide avec la période de manifestation la plus sévère des tics, soit entre l'âge de 10 et 12 ans (Cavanna et Rickards, 2013 ; Robertson, 2011). De plus, les tics d'intensité élevée peuvent attirer l'attention non désirée des pairs, engendrant le développement de symptômes intériorisés (p. ex., humeur dépressive, solitude) et extériorisés (p. ex., agitation motrice) chez l'enfant (Rivera-Navarro, Cubo et Almazán, 2014 ; Storch et coll., 2007 ; Storch et coll., 2007).

La symptomatologie des troubles concomitants accentue les difficultés précédemment énumérées et peut même amener l'enfant à éviter certaines activités (Cath et coll., 2011 ; Cavanna et al., 2013 ; Sukhodolsky et coll., 2003 ; Woods, Himle et Osmon, 2005 ; Woods, Koch et Miltenberger, 2003 ; Zinner et al., 2012). Conséquemment, une faible estime de soi, ainsi qu'une plus faible appréciation de la qualité de vie peuvent être observées chez les enfants ayant le SGT et un trouble concomitant (Conelea et coll., 2011 ; Stephens et Sandor, 1999).

L'étude de Goussé et coll., (2016) révèle que 66 % des parents d'enfants qui présentent un SGT souffrent d'anxiété ou de dépression. Les parents rapportent également un niveau de stress élevé (Goussé et coll., 2016 ; Wilinkson, Marshall et Curtwright, 2008). La symptomatologie des troubles concomitants est identifiée comme plus problématique que les tics en soi par l'entourage immédiat. L'effet que peuvent avoir les tics sur le développement de symptômes intériorisés chez l'enfant est donc minimisé (Rivera-Navarro et coll., 2014 ; Woods et coll., 2005).

PERCEPTION DES SYMPTOMES ET SGT

À l'instar de la population générale, une différence de perception des symptômes peut s'observer entre le parent et l'enfant qui présente un SGT, avec ou sans troubles concomitants, par rapport aux symptômes intériorisés et extériorisés. À notre connaissance, une

seule étude a spécifiquement observé cette différence de perception (Termine et coll., 2014). Les résultats de l'étude montrent que les enfants âgés de 12 à 16 ans et qui ont un SGT ($n = 28$) se considèrent comme étant moins symptomatiques, autant pour les symptômes intériorisés qu'extériorisés, comparativement à l'évaluation de leurs mères. Pourtant, la littérature scientifique révèle que les enfants avec un diagnostic de santé mentale rapportent davantage leurs symptômes intériorisés alors que les mères rapportent en plus grands nombres les symptômes extériorisés. Ainsi, il importe de vérifier si ces résultats sont propres au SGT, ou plutôt liés à un biais de sélection des participants de l'étude de comparaison.

OBJECTIFS ET HYPOTHESES

L'objectif de l'étude est d'identifier la différence entre la perception de la mère et celle de l'enfant des symptômes intériorisés et extériorisés manifestés par des jeunes ayant le SGT. Trois hypothèses basées sur le modèle SOKA sont émises : (1) l'enfant aura une évaluation plus élevée que celle de la mère pour les symptômes intériorisés ; (2) la mère aura une évaluation plus élevée que celle de l'enfant pour les symptômes extériorisés ; (3) l'évaluation spécifique de la sévérité des tics, en tant que comportement extériorisé, sera plus élevée par la mère que par l'enfant.

Méthode

PARTICIPANTS

Trente enfants âgés de 8 à 14 ans ayant un diagnostic principal de SGT, tel que rapporté par les parents, ont été recrutés. L'âge moyen des participants est de 9,9 ans ($ET = 1,14$) et l'échantillon est composé de 26 garçons et de 4 filles. Le Tableau 1 présente la description des participants. Les mères de ces enfants, en tant que principales donneuses de soin, sont incluses dans l'étude, pour un total de soixante répondants ($n = 60$). Les données proviennent de la banque de données TICTACTOC¹. Les participants ont été recrutés par le biais d'affiches incitatives, d'annonces sur les réseaux sociaux, via le site internet de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et par des représentations à l'Association québécoise du syndrome de la Tourette (AQST).

Les critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude sont présentés dans le Tableau 2. Pour des raisons méthodologiques, les enfants qui, selon les parents, rapportent une déficience intellectuelle ($DI, QI < 75$) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont exclus, puisque des difficultés liées à la compréhension des énoncés, ainsi qu'à l'accomplissement des questionnaires, pourraient être rencontrés. Afin

d'optimiser la comparaison aux études existantes et en se basant sur la prémisse que plusieurs études scientifiques utilisent uniquement les données obtenues par les mères (Berg-Nielsen et coll., 2003 ; Loeber, Green, Lahey et Stouthamer-Loeber, 1991 ; Termine et coll., 2014), seules les données rapportées par la mère sont utilisées.

INSTRUMENTS DE MESURE

Les perceptions des mères et des enfants quant aux symptômes intériorisés, extériorisés et face à l'intensité des tics de l'enfant ont été évaluées à l'aide des questionnaires ci-dessous.

Évaluation préliminaire des participants. Avec l'aide d'une évaluatrice formée à cet effet, les mères ont d'abord rempli un questionnaire de développement et de renseignements sociodémographiques : âge, sexe, symptomatologie du SGT (âge d'apparition, sévérité des tics), troubles concomitants, historique du développement de l'enfant, historique médical de l'enfant et histoire scolaire et sociale de l'enfant.

Évaluation du comportement de l'enfant. Le *Behavioral assessment system for children second edition* (BASC-2 ; Reynolds, 2010) est un outil multidimensionnel utilisé pour évaluer les comportements et les perceptions de soi de personnes d'âge préscolaire à collégial (2 à 25 ans). Les questionnaires auto rapportés de la mère (PRS : *parent rating scale*) et de l'enfant (SRS : *self-rating scale*) ont été remplis par les partis concernés. Le questionnaire comporte huit échelles cliniques : hyperactivité, agression, anxiété, dépression, atypie, retrait, problèmes d'apprentissage et problèmes d'attention. Les questions se répondent à l'aide d'une échelle de *Likert* à 4 points (« Jamais » à « Presque toujours »). Les propriétés psychométriques du BASC-2 sont bonnes avec une cohérence interne élevée ($Alpha$ de *Cronbach* = 0,90) et une bonne fidélité *test-retest* ($r = 0,80$; Tan, 2007).

Évaluation de la sévérité des tics de l'enfant. Le *Yale global tic severity scale* (YGTSS ; Leckman et coll., 1989) est une mesure administrée par une évaluatrice formée à cet effet. Ce questionnaire est utilisé dans le but d'évaluer la sévérité des tics moteurs et sonores de l'enfant, selon leur répartition dans le corps, et à l'aide de cinq échelles (nombre, fréquence, intensité, complexité et interférence). Une liste d'items est énumérée et les mères comme les enfants doivent répondre selon une échelle de *Likert* à six points (« Aucun » à « Sévère »). L'instrument est divisé en trois facteurs : tics sonores, tics moteurs et interférence globale (Storch et coll., 2007). Le YGTSS montre de bonnes propriétés psychométriques avec une consistance interne élevée ($Alpha$ de *Cronbach* = 0,89), une bonne fidélité *test-retest* ($r = 0,86$; $r = .91$) et un accord inter juge satisfaisant ($r = 0,52$; $r = 0,99$; Leckman et coll., 1989).

¹ Pour de plus amples informations concernant les projets de la banque TICTACTOC, consultez :

<http://www.iusmm.ca/cetoct.html>

Tableau 1*Description des participants*

Information rapportée par les parents	Nombre de participants
Âge moyen	9,9
Âge minimum	8
Âge maximum	13
Filles	4
Garçons	26
Symptômes de TDAH	16
Symptômes d'inattention seulement	8
Symptômes d'opposition / épisodes explosifs	16
Symptômes de TOC	3
Symptômes dépressifs / anxieux	3
Aucun symptôme de trouble concomitant	4

Tableau 2*Critères d'inclusions et d'exclusions des participants*

Critères d'inclusions	Critères d'exclusions
Présenter un diagnostic principal de syndrome de Gilles de la Tourette	Rapporter un diagnostic de déficience intellectuelle (QI > 75)
Être âgé de 8 à 14 ans	Rapporter un trouble du spectre de l'autisme
Questionnaires remplis par la mère et l'enfant*	Questionnaires remplis par les pères uniquement*

Note. *Critères d'inclusions et d'exclusions propres à la présente étude. Les énoncés supplémentaires sont des critères communs aux études principales.

PROCEDURE

La coordonnatrice de recherche a effectué la validation des critères d'inclusion et d'exclusions des participants par une entrevue téléphonique. Un formulaire d'information et de consentement a été également rempli et signé par les parents, considérant l'âge mineur des participants. L'assentiment des enfants a été demandé via le même formulaire. L'évaluatrice a procédé sur place à l'entrevue préliminaire et à la passation des tests standardisés. Le projet a été approuvé par le comité d'éthiquement de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4) et par le comité éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal (CIUSSS).

DEVIS DE RECHERCHE

La présente étude suit un devis corrélationnel où sept variables sont comparées entre les mères et les enfants, sans toutefois être contrôlées.

ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel *IBM SPSS Statistics*. Une puissance statistique de 80 %, un seuil de signification *alpha* de 0,05 et une taille d'effet (*d* de Cohen) de 0,665 étaient visés, ce qui correspond à une taille d'effet moyenne. Le postulat de

normalité est respecté pour l'ensemble des variables. Sept tests de *Student* (test *t*) à échantillon apparié ont été réalisés. Les comparaisons effectuées sont : (1) la perception de la mère des symptômes intériorisés (atypicalité, anxiété, dépression) de l'enfant avec la perception de l'enfant de ses symptômes intériorisés ; (2) la perception de la mère des symptômes extériorisés (hyperactivité, problèmes d'attention, habiletés sociales) de l'enfant et la perception de l'enfant de ses symptômes extériorisés ; (3) la perception de la mère des tics avec celle de l'enfant. Puisque les données ont été soumises à de multiples tests *t*, l'ajustement de *Bonferonni* a été appliqué, afin de modifier le seuil de signification. Des corrélations ont également été effectuées pour les tests *t* ayant donné des valeurs non significatives, afin d'observer si une relation s'observe entre la perception des symptômes de la part de la mère et de l'enfant.

Dans le cadre de la présente étude, les échelles cliniques du *BASC-2* qui concernent l'anxiété, la dépression et l'atypicalité sont utilisées pour évaluer les symptômes intériorisés. Les échelles cliniques qui concernent l'hyperactivité, l'inattention et les habiletés sociales sont utilisées pour évaluer les symptômes extériorisés. Plus les scores sont élevés, plus l'évaluation est négative, à l'exception des habiletés sociales où les scores sont inversés. Ainsi, un faible score à l'échelle des habiletés sociales correspond à une évaluation plus

négative. Pour le second questionnaire utilisé dans l'étude (YGTSS), seuls les scores concernant la sévérité des tics (sonores et moteurs) seront utilisés.

Résultats

Les statistiques descriptives concernant les scores des enfants et des mères pour les sept variables étudiées, ainsi que les résultats des tests *t* sont présentées dans le Tableau 3. Puisque sept tests *t* ont été effectués, les résultats obtenus devront être inférieurs à $p < .007$ pour être considérés significatifs. Les résultats montrent plusieurs différences significatives entre les scores des enfants et des mères. D'abord, une différence significative est observée pour la variable atypicalité $t(59) = -4,84, p < 0,001$, où les mères évaluent plus sévèrement ce symptôme intériorisé que l'enfant. Les

mères évaluent plus sévèrement les symptômes extériorisés de l'enfant, comparativement à l'évaluation de l'enfant lui-même. Les résultats obtenus pour l'hyperactivité, les problèmes d'attention et les habiletés sociales sont respectivement de : $t(59) = -4,78, p < 0,001$; $t(59) = -3,37, p = 0,002$; $t(59) = 4,21, p < 0,001$.

Puisqu'aucune différence significative ne s'observe pour trois variables (anxiété, dépression, sévérité des tics), trois corrélations ont été effectuées. Ainsi, les résultats obtenus devront être inférieurs à $p < .017$ pour être considérés significatifs. Un résultat positif et significatif a été obtenu $r(58) = 0,50, p < 0,05$ pour la sévérité des tics. Des corrélations positives et non significatives ont cependant été obtenues pour les variables mesurant la dépression $r(58) = 0,33, n. s.$ et l'anxiété $r(58) = 0,03, n. s.$

Tableau 3

Statistiques descriptives et résultats des tests t

Variables	Moyenne (Écart-type)		Différence	<i>t</i>	<i>p</i>
	Enfant	Mère			
Atypicalité	50,83 (7,87)	64,00 (13,82)	-13,17	-4,84	< 0,001 **
Anxiété	49,20 (7,05)	55,70 (11,46)	-6,5	-2,69	0,012
Dépression	65,43 (11,65)	66,50 (17,64)	-1,07	-0,33	0,74
Hyperactivité	54,67 (10,26)	65,73 (12,40)	-11,06	-4,78	< 0,001 **
Prob. Attention	53,60 (8,53)	60,53 (7,29)	-6,93	-3,37	0,002 **
Habiletés sociales	47,17 (7,48)	39,90 (9,01)	7,27	4,21	< 0,001 **
Sévérité tics	21,97 (7,88)	22,07 (7,46)	-0,1	-0,07	0,94

Note. ** $p < 0,007$

Discussion

LA PERCEPTION DES SYMPTOMES INTERIORISES

La première hypothèse postulant que les enfants percevaient davantage leurs symptômes intériorisés que les mères n'est pas soutenue par les résultats de l'étude. En effet, parmi les variables mesurant les symptômes intériorisés, seule l'atypicalité révèle une différence significative de perception $t(59) = -4,84, p < 0,001$. Les analyses montrent même que la perception des mères quant aux symptômes intériorisés de l'enfant est plus élevée que la perception de ce dernier.

Dans le domaine de la psychologie, l'atypicalité réfère à une composante développementale et comportementale qui ne serait pas rencontrée lors des étapes du développement normal d'un enfant (Coplan, 2003). À titre d'exemple, l'atypicalité peut s'observer d'un point de vue clinique par : des comportements répétitifs et stéréotypés, des particularités sensorielles, un niveau de langage restreint, etc. (APA, 2013). Les mesures de l'atypicalité s'observent surtout lors de

l'évaluation d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et sont présentées sous forme d'un continuum, allant de faible à sévère (Coplan, 2003). Ainsi, même si le BASC-2 considère que l'atypicalité est une mesure intériorisée, il s'agit principalement d'observations basées sur des manifestations physiques et externes (p. ex., capacité d'avoir un contact visuel, s'adapter à une nouvelle routine), alors que les mesures de comportements intériorisés concernent plutôt les processus cognitifs de la personne (p. ex., pensée, traitement de l'information). Ces considérations peuvent donc justifier, le fait que la perception des mères soit plus élevée que celle des enfants pour cette variable.

LA PERCEPTION DES SYMPTOMES EXTERIORISES

Les résultats obtenus permettent de confirmer la deuxième hypothèse de recherche prédisant que la perception de la mère serait plus élevée que celle de l'enfant quant aux symptômes extériorisés de ce dernier, à l'exception des habiletés sociales. En guise de rappel, le score des habiletés sociales est inversé. Ainsi, le résultat obtenu pour cette variable correspond à l'hypothèse de

recherche, puisque les mères perçoivent plus négativement les habiletés sociales de leurs enfants que ces derniers. Ces résultats corroborent les résultats issus de la littérature scientifique et liés au modèle SOKA (Diener et Milich, 1997 ; Hoza et coll., 2000 ; Ohan et Johnston, 2002 ; Termine et coll., 2014 ; Vazire, 2010). L'analyse des résultats a également montré que la plus grande différence de perception des symptômes entre la mère et l'enfant s'observe pour la variable qui mesure l'hyperactivité ($diff = - 11,06$). Les études qui portent sur la différence de perception des symptômes rapportent également de plus grandes différences par rapport aux comportements d'hyperactivité, comparativement aux autres types de symptômes extériorisés, tels que les habiletés sociales (Ghanizadeh, 2010 ; Loeber et coll., 1991). Ces différences peuvent être expliquées entre autres par le caractère généralement exubérant des symptômes d'hyperactivité motrice (Loeber et coll., 1991). Ainsi, la forte prévalence de symptômes extériorisés de l'échantillon peut avoir influencé l'ampleur de la différence de perception. En effet, les parents de 22 enfants rapportent que leurs enfants présentent des symptômes extériorisés, tels que le TDAH ou des épisodes explosifs. Tout comme les études le suggèrent, la présence de symptômes extériorisés chez un enfant augmente le niveau de stress ressenti par le parent (Theule et coll., 2013) et le stress tend à accentuer la différence entre la perception du parent et celle de l'enfant (Kolko et Kazdin, 1993). Ainsi, les mères de la présente étude pourraient surévaluer certains comportements hyperactifs (p. ex., agitation motrice, comportements d'opposition) émis par l'enfant en raison du stress lié au SGT.

LA PERCEPTION DES TICS

Il était attendu que la perception de la mère soit plus élevée que celle de l'enfant quant à l'évaluation de la sévérité des tics, en tant que comportement extériorisé. Pourtant, le résultat obtenu n'est pas significatif $t(59) = - 0,07, p = 0,94$. Contrairement à ce qu'il était attendu, la corrélation montre même que la perception de la mère et celle de l'enfant sont similaires quant à l'intensité des tics $r(58) = 0,50, p < 0,05$. Dans le cas présent, les données obtenues par l'enfant ($M = 21,97 ; ET = 7,88$) et par la mère ($M = 22,07 ; ET = 7,46$) suggèrent une sévérité moyenne des tics (score total du YGTSS sur 50 points).

Les résultats obtenus diffèrent de la littérature scientifique à ce sujet. En effet les études montrent que l'accord entre l'évaluation du parent et de l'enfant pour l'intensité des tics est plutôt faible et que le parent tend à percevoir une plus grande sévérité que l'enfant (Ghanizadeh, 2010 ; Leclerc, O'Connor, Jobin-Nolin, Valois et Lavoie, 2016). Les résultats de la présente étude peuvent être dus à une plus grande variabilité de la symptomatologie des enfants, puisque les participants proviennent de la banque TICTACTOC. Cette banque de données recueille l'information de participants ayant complété une thérapie dont les objectifs étaient de réduire

l'intensité et la fréquence des tics ou de traiter les épisodes explosifs. Ainsi, plus de la moitié des enfants de l'échantillon présentent une forte prévalence de troubles concomitants extériorisés. Généralement, lorsque l'information d'un parent est recueillie, les manifestations des troubles concomitants priment sur la manifestation des tics de l'enfant (Dooley, Brna et Gordon, 1999 ; Ghanizadeh, 2010). De plus, les enfants ne perçoivent pas leurs tics comme particulièrement sévères (APA, 2013 ; Leclerc et coll., 2016), ce qui entraîne une perception similaire des tics entre la mère et l'enfant.

RECHERCHES FUTURES ET LIMITES DE L'ETUDE

La première limite concerne l'exclusion des pères justifiée par le manque de données à cet effet et aussi à des fins de comparaisons aux études existantes. Une analyse de cas pourrait toutefois être réalisée, puisque la perception des pères semble plus près de celle des enfants, comparativement à la perception de la mère (Eiser et Varni, 2013).

L'étude n'a pas mesuré la santé mentale ni le niveau de stress des mères alors que la perception de celles-ci peut être influencée par ces deux facteurs (De Los Reyes, 2011 ; Seiffge-Krenke et Kollmar, 1998). L'obtention de la perception d'une tierce personne (p. ex., l'enseignant) s'avère pertinente pour pallier l'écart de perception entre la mère et l'enfant. Puisque l'enseignant côtoie l'enfant dans un environnement différent que le parent, les comportements de ce dernier pourraient être évalués dans plusieurs contextes. À des fins d'études futures, la collecte de la perception de la mère, le père, l'enseignant et l'enfant serait pertinente, afin d'obtenir un portrait complet quant à la situation de l'enfant.

L'adhésion aux projets se faisait sur une base volontaire, donc un biais de sélection s'observe. L'obtention d'un grand échantillon demeure un défi constant dû à la spécificité de la problématique étudiée. En effet, le diagnostic du SGT n'affecte qu'au maximum 1 % de la population infantile (Cavanna et Rickards, 2013). Ainsi, les retombées de l'étude ne visent pas la généralisation des résultats, mais bien de dresser un portrait de la situation pour la population visée.

RETOMBEES ET FORCES DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude novatrice pour la population des jeunes présentant un SGT en plus d'être un ajout empirique aux études qui examinent la différence de perception entre les mères et les enfants.

L'étude appuie l'importance de considérer la perception d'au moins une tierce personne, telle que l'enseignant, lors de l'évaluation psychologique de l'enfant (Kolko et Kazdin, 1993 ; Loeber al., 1991). Ceci permettrait d'obtenir un portrait plus pondéré et complet des difficultés rencontrées par l'enfant. Une intervention psychologique plus ajustée aux besoins de l'enfant ainsi qu'à l'entourage immédiat en résulterait, puisque les

attentes de chacun sont prises en compte lors de l'évaluation psychologique. L'hétérogénéité des symptômes liée au diagnostic du SGT peut complexifier les angles d'interventions à privilégier, d'où la nécessité de tenir compte des différences de perceptions qui sont soulevées entre l'enfant et son parent. En ayant une meilleure compréhension liée aux enjeux du SGT, les professionnels impliqués pourraient mieux soutenir l'enfant et sa famille.

L'évaluation des différences de perception entre l'enfant et le parent peut également avoir des retombées positives quant à l'évaluation de la qualité de vie. Comme le soutient l'étude d'Ollendick et coll., (2001), les enfants peuvent pour plusieurs raisons, ne pas considérer leurs symptômes comme problématiques, n'ayant ainsi aucune influence sur la perception de la qualité de vie. En revanche, il est possible, comme le confirment les résultats de la présente étude, que les parents perçoivent les symptômes de leur enfant comme étant problématiques, ayant directement une influence sur la qualité de vie perçue. La subjectivité de l'enfant et du parent par rapport à la perception des symptômes aurait un effet direct sur l'évaluation des conséquences qui sont liées au diagnostic. Ainsi, l'évaluation de l'écart de perception des symptômes entre la mère et l'enfant permet de mettre en lumière les conséquences qu'a le diagnostic du SGT sur l'environnement familial.

Abstract

The aim of the present study is to identify the difference in perception of internalized and externalized symptoms, between mothers and children with Tourette's syndrome, in order to establish a more accurate picture during the clinical evaluation. The results first show that mothers rate the internalized and externalized symptoms more severely than the child. Results also shows that the intensity of the tics is perceived in the same way by the mother and the child. Since a difference in perception of the child's symptoms is observed between mothers and children, this study encourages the sharing of their perceptions during the child's clinical evaluation.

Keywords: Tourette, perception, internalized, externalized, mother, children

Références

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. et Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101(2), 213.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Andersen, S. M., Glassman, N. S. et Gold, D. A. (1998). Mental representations of the self, significant others, and nonsignificant others: structure and processing of Science et Comportement (2019), 29(1) 82

private and public aspects. *Journal of personality and social psychology*, 75(4), 845.

Andersen, S. M. et Ross, L. (1984). Self-knowledge and social inference: I. The impact of cognitive/affective and behavioral data. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 280.

Berg-Nielsen, T. S., Vika, A. et Dahl, A. A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child: care, health and development*, 29(3), 207-213.

Borkenau, P., Brecke, S., Möttig, C. et Paelecke, M. (2009). Extraversion is accurately perceived after a 50-ms exposure to a face. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 703-706.

Brand, N., Geenen, R., Oudenhoven, M., Lindenborn, B., Van Der Ree, A., Cohen-Kettenis, P. et Buitelaar, J. K. (2002). Brief report: cognitive functioning in children with Tourette's syndrome with and without comorbid ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(2), 203-208.

Cath, D. C., Hedderly, T., Ludolph, A. G., Stern, J. S., Murphy, T., Hartmann, A., et Rizzo, R. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. *European child & adolescent psychiatry*, 20(4), 155-171.

Cavanna, A. E., David, K., Bandera, V., Termine, C., Balottin, U., Schrag, A. et Selai, C. (2013). Health-related quality of life in Gilles de la Tourette syndrome: a decade of research. *Behavioural neurology*, 27(1), 83-93.

Cavanna, A. E. et Rickards, H. (2013). The psychopathological spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(6), 1008-1015.

Cavanna, A. E., Servo, S., Monaco, F. et Robertson, M. M. (2009). The behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 21(1), 13-23.

Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C., Murphy, T., Scahill, L. D. et Walkup, J. (2011). Exploring the impact of chronic tic disorders on youth: results from the Tourette Syndrome Impact Survey. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(2), 219-242.

Coplan, J. (2003). Atypicality, intelligence, and age: a conceptual model of autistic spectrum disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 45(10), 712-716.

De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9.

- Diener, M. B. et Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 256-265.
- Dooley, J. M., Brna, P. M. et Gordon, K. E. (1999). Parent perceptions of symptom severity in Tourette's syndrome. *Archives of disease in childhood*, 81(5), 440-441.
- Eapen, V. et Črnčec, R. (2009). Tourette syndrome in children and adolescents: special considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 525-532.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Kalas, R. et Conover, N. C. (1985). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child development*, 265-275.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C. et Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 181-190.
- Eiser, C. et Varni, J. W. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: similarities and differences between children and their parents. *European journal of pediatrics*, 172(10), 1299-1304.
- Fiedler, E. R., Oltmanns, T. F. et Turkheimer, E. (2004). Traits associated with personality disorders and adjustment to military life: Predictive validity of self and peer reports. *Military medicine*, 169(3), 207-211.
- Galloway, H. et Newman, E. (2017). Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 11-29.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R. et Dehbozorgi, G. R. (2010). Children and their parent's perceptions of symptom severity and treatment preference for Tourette syndrome. *Iranian journal of psychiatry*, 5(3), 93.
- Goussé, V., Czernecki, V., Denis, P., Stilgenbauer, J. L., Deniau, E. et Hartmann, A. (2016). Impact of perceived stress, anxiety-depression and social support on coping strategies of parents having a child with Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of psychiatric nursing*, 30(1), 109-113.
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American psychologist*, 35(7), 603.
- Grills, A. E. et Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 30-40.
- Hall, J. A., Andrzejewski, S. A., Murphy, N. A., Mast, M. S. et Feinstein, B. A. (2008). Accuracy of judging others' traits and states: Comparing mean levels across tests. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1476-1489.
- Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S. et Milich, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and control boys' responses to social success and failure. *Child development*, 71(2), 432-446.
- Hoza, B., Pelham Jr, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S. et Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts?. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 268.
- Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E. et Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1569-1579.
- Kolar, D. W., Funder, D. C. et Colvin, C. R. (1996). Comparing the accuracy of personality judgments by the self and knowledgeable others. *Journal of personality*, 64(2), 311-337.
- Kolko, D. J. et Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 991-1006.
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. O. H. N. et Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566-573.
- Leclerc, J. B., O'Connor, K. P., Jobin-Nolin, G., Valois, P. et Lavoie, M. E. (2016). The effect of a new therapy for children with tics targeting underlying cognitive, behavioral, and physiological processes. *Frontiers in psychiatry*, 7, 135.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B. et Stouthamer-Loeber, M. (1991). Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(1), 75-95.
- Malle, B. F. et Knobe, J. (1997). Which behaviors do people explain? A basic actor-observer asymmetry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 288.
- Malli, M. A., Forrester-Jones, R. et Murphy, G. (2016). Stigma in youth with Tourette's syndrome: a systematic review and synthesis. *European child & adolescent psychiatry*, 25(2), 127-139.

- Mehl, M. R. (2006). The lay assessment of subclinical depression in daily life. *Psychological assessment*, 18(3), 340.
- Morgan, J., Robinson, D. et Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child & Family Social Work*, 7(3), 219-225.
- Ohan, J. L. et Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 230-241.
- Ollendick, T. H., Grills, A. E. et King, N. J. (2001). Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: Does it make a difference?. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory et Practice*, 8(5), 304-314.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M. et Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(5), 443-457.
- Rapee, R. M., Barrett, P. M., Dadds, M. R. et Evans, L. (1994). Reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders using structured interview: interrater and parent-child agreement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 984-992.
- Reynolds, C. R. (2010). Behavior assessment system for children. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-2.
- Rivera-Navarro, J., Cubo, E. et Almazán, J. (2014). The impact of Tourette's syndrome in the school and the family: perspectives from three stakeholder groups. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 96-113.
- Robertson, M. M. (2011). Gilles de la Tourette syndrome: the complexities of phenotype and treatment. *British journal of hospital medicine*, 72(2), 100-S7.
- Robertson, M. M., Eapen, V. et Cavanna, A. E. (2009). The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome: a cross-cultural perspective. *Journal of psychosomatic research*.
- Rosenberg, L. A., Brown, J. et Singer, H. S. (1994). Self-reporting of behavior problems in patients with tic disorders. *Psychological reports*, 74(2), 653-654.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K. et Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European child & adolescent psychiatry*, 18(3), 136-143.
- Seiffge-Krenke, I. et Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(5), 687-697.
- Sourander, A., Helstelä, L. et Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(12), 657-663.
- Spain, J. S., Eaton, L. G. et Funder, D. C. (2000). Perspective on personality: The relative accuracy of self versus others for the prediction of emotion and behavior. *Journal of personality*, 68(5), 837-867.
- Stephens, R. J. et Sandor, P. (1999). Aggressive Behaviour in Children with Tourette Syndrome and Comorbid Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(10), 1036-1042.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Lack, C., Milsom, V. A., Geffken, G. R., Goodman, W. K. et Murphy, T. K. (2007). Quality of life in youth with Tourette's syndrome and chronic tic disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 217-227.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Chase, R. M., Keeley, M., Goodman, W. K., Murray, M. et Geffken, G. R. (2007). Peer victimization in youth with Tourette's syndrome and chronic tic disorder: relations with tic severity and internalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 211-219.
- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Zhang, H., Peterson, B. S., King, R. A., Lombroso, P. J. et Leckman, J. F. (2003). Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 98-105.
- Tan, C. S. (2007). Test Review: Reynolds, CR et Kamphaus, RW (2004). Behavior assessment system for children. Circle Pines, MN: American Guidance Service. *Assessment for Effective Intervention*, 32(2), 121-124.
- Termine, C., Luoni, C., Selvini, C., Bandera, V., Balottin, U., Eddy, C. M. et Cavanna, A. E. (2014). Mother-child agreement on behavioral ratings in Tourette syndrome: a controlled study. *Journal of child neurology*, 29(1), 79-83.
- Thaulow, C. M. et Jozefiak, T. (2012). A comparison between child psychiatric outpatients with AD/HD and anxiety/depression. *Nordic journal of psychiatry*, 66(6), 396-402.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. et Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662.
- Van der Ende, J., Verhulst, F. C. et Tiemeier, H. (2012). Agreement of informants on emotional and behavioral problems from childhood to adulthood. *Psychological assessment*, 24(2), 293.
- Vazire, S. (2010). Who knows what about a person? The self-other knowledge asymmetry (SOKA) model. *Journal of personality and social psychology*, 98(2), 281.
- Vazire, S. et Mehl, M. R. (2008). Knowing me, knowing you: the accuracy and unique predictive validity of self-ratings and other-ratings of daily behavior. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1202.
- Wilkinson, B. J., Marshall, R. M. et Curtwright, B. (2008). Impact of Tourette's disorder on parent reported stress. *Journal of Child and Family Studies*, 17(4), 582-598.
- Woods, D. W., Himle, M. B. et Osmon, D. C. (2005). Use of the impact on family scale in children with tic disorders: descriptive data, validity, and tic severity impact. *Child & family behavior therapy*, 27(2), 11-21.
- Woods, D. W., Koch, M. et Miltenberger, R. G. (2003). The impact of tic severity on the effects of peer education about Tourette's syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15(1), 67-78.
- Zinner, S. H., Conelea, C. A., Glew, G. M., Woods, D. W. et Budman, C. L. (2012). Peer victimization in youth with Tourette syndrome and other chronic tic disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(1), 124-136.